

Für die Bearbeitung Ihres Antrags benötigte Informationen

Es kann nötig sein, dass Sie einige oder alle der folgenden Punkte ausfüllen müssen. Bitte stellen Sie uns diese Informationen zur Verfügung.

- Nachweis über Ihre Wohnsituation.
- Nachweis über Ihr Alter und Ihre Identität.
- Nachweis der Staatsbürgerschaft für diejenigen, die Leistungen erhalten wollen.
- Nachweis über den Status einer nicht vorhandenen Staatsbürgerschaft für diejenigen, die Leistungen erhalten wollen.
- Rechnungen und Quittungen für Kindergeld
- Einkommensnachweise (Zahlscheine, Einkommenserklärungen, Miet/Verkaufverträge, staatliche Zahlungen, Arbeiterentgelt, Pensionen und andere).
- Falls selbstständig tätig, Einkommen- und Umsatzsteuernachweise, Buchhaltungsaufzeichnungen, Ein- und Ausgaben Belege.

Falls Sie Essensgeld, Kranken- oder Kindergeld beantragen möchten, so ist ein anderes Formular zu verwenden. Die SRS Webseite auf <http://www.srskansas.org/> enthält Informationen über Zuwendungen, die Programme und die verschiedenen Wege, diese zu beantragen. Sie können ebenfalls Kontakt zu Ihrem örtlichen SRS Büro für weitere Informationen aufnehmen.

Befolgen Sie diese Schritte, um den Antrag auszufüllen

- Füllen Sie dieses Formular vollständig aus oder gehen Sie auf www.srskansas.org, um einen Antrag abzugeben. Falls Sie Hilfe benötigen oder Fragen haben, so rufen Sie 1-888-369-4777 an.
- Lesen Sie die Fragen in Ruhe durch und beantworten Sie diese ehrlich.
- Stellen Sie sicher, das Formular zu unterschreiben und das Datum einzutragen. Ihr Antrag ist nicht vollständig, bis Sie ihn unterschrieben haben.
- Schicken Sie dieses Formular schnellstmöglich zurück. Falls Sie berechtigt sind, so beginnen die Bezüge ab dem Datum, an welchen der unterschriebene Antrag in unserem Büro eingegangen ist.
- Schicken Sie dieses Formular per Post oder per Fax an Ihr örtliches SRS Büro. Es kann 30 bis 45 Tage dauern, bis Ihr Antrag bearbeitet wird.

Interview

Für den Fall von geldlicher Unterstützung benötigen wir ein Interview, welches Teil des Antragsverfahrens ist.

- Ihr Interview wurde für den folgenden Ort vereinbart: _____.
- Datum und Uhrzeit Ihres Interviews: Datum: _____. Uhrzeit: _____.
- Bitte rufen Sie mich an, um einen Interviewtermin zu vereinbaren: _____.
- Sonstiges: _____.

Großeltern als Betreuer



Antrag auf geldliche Beihilfe

KANSAS
DEPARTMENT OF SOCIAL
AND REHABILITATION SERVICES

Unterstützung in ökonomischen und beruflichen Angelegenheiten

10. Strafen

Jedes Mitglied Ihres Haushalts, das wissentlich die folgenden Regeln mißachtet, kann die geldlichen Zuwendungen beim ersten Verstoß für ein Jahr, zwei Jahre beim Zweiten und permanent beim dritten Verstoß gestrichen bekommen.

- Lügen Sie nicht und halten Sie keine Informationen zurück, um Zuwendungen zu erhalten, die Ihrem Haushalt nicht zustehen.
- Verwenden Sie keine Ausweiskarten, die Ihnen nicht gehören und tragen Sie solche auch nicht bei sich. Handeln oder verkaufen Sie keine Ausweiskarten, benutzen Sie auch nicht eine fremde Karte.

Falls Sie unrichtige oder irreführende Angaben über Ihren Wohnsitz angeben, um doppelte geldliche Bezüge zu erhalten, so kann Ihnen für die Dauer von 10 Jahren der Bezugsanspruch gesperrt werden.

11. Bitte lesen Sie diese Informationen komplett durch, bevor Sie unterschreiben

Meldepflichtige Änderungen

- Ich stimme zu, Änderungen bei meiner Anschrift, meinem Einkommen und Änderungen bei Mitgliedern meines Haushalts mitzuteilen.
- Ich werde meinen Sachbearbeiter über Änderungen informieren, die meinen Anspruch oder die Höhe der Zuwendungen beeinflussen könnten.

Rechte, Pflichten und Strafen

- Eine Kopie meiner Rechte und Pflichten erhalte ich auf Anfrage.
- Ich habe die Fragen in diesem Antragsformular verstanden.
- Ich bin mir über die Strafen beim Zurückhalten von Informationen bewusst. Ich bin mir auch über die Strafen bei der Angabe von falschen Informationen bewusst.
- Ich stimme zu, dass SRS meinen Namen, Adresse und Telefonnummer an Telefonfirmen weitergibt, die am automatischen Einschreiben im Lifeline Programm teilnehmen. Das Lifeline Programm bietet grundsätzliche Telefondienste mit reduzierten Kosten. Ich verstehe, dass meine Informationen vertraulich sind und nur für den Eintrag in das Lifeline Programm verwendet werden. Mir ist klar, dass dieses Programm nicht verpflichtend ist und dass ich diesen Dienst ablehnen kann, indem ich meine örtliche Telefongesellschaft kontaktiere.

Wir werden die von Ihnen angegebenen Informationen auf Richtigkeit überprüfen

- Ich bin darüber informiert, dass die von mir gemachten Angaben in diesem Antragsformular von Ihnen auf Richtigkeit hin überprüft werden.
- Ich bin darüber informiert, dass Sie andere Einrichtungen auf Bundes- oder Länderebene, örtliche Behörden, Arbeitgeber, medizinische Einrichtungen, Firmen und Finanzinstitute kontaktieren, um Informationen zu überprüfen.
- Ich bin darüber informiert, dass Sie die erhaltenen und überprüften Informationen verwenden werden und dass dies die Höhe meiner Ansprüche oder meinen Anspruch beeinflussen könnte.
- Ich bin darüber informiert, dass ich eine Sozialversicherungsnummer angeben oder eine beantragen muss und zwar für Personen in meinem Haushalt, welche Unterstützung beantragen.
- Ich bin darüber informiert, dass SRS die Sozialversicherungsnummern für seine Arbeit benötigt. Die Nummern werden für computertechnische Abgleiche mit dem Sozialministerium, Banken, der Finanzbehörde und anderen Einrichtungen und Institutionen verwendet.

12. Informationen über die Durchsetzung der Unterstützung von Kindern

Ich stimme zu, dass ich der Durchsetzung der Unterstützung von Kindern (CSE) dabei helfen werde, den Kindern, für welche ich einen Antrag stelle, Unterstützung zukommen zu lassen.

Ich werde CSE dabei helfen, Bescheide für die Kinder zu erstellen und diese durchzusetzen.

Ich stimme zu, sämtliches Kindergeld für jede Person in meinem Haushalt, die geldliche Zuwendungen erhält, an SRS zu geben.

7. Ihr Erwerbseinkommen

Sind irgendwelche Kinder derzeit am Arbeiten und nicht Vollzeit in der Schule? Nein Ja

Falls Ja, füllen Sie bitte das folgende aus: **Einkommensnachweis für minderjährige(s) Kind(er)**.

Name des Kindes	Name des Arbeitgebers und Telefonnummer	Bezahlung / Stundenlohn	Wöchentliche Arbeitsstunden	Wann erfolgt Lohnzahlung	Datum der nächsten Lohnzahlung

8. Anderes Einkommen

Hat/Haben das/die Kinder anderes Einkommen, oder wird dieses von Ihnen entgegengenommen, wie zum Beispiel Kindergeld, Sozialbezüge, SSI, VA, berufsgenossenschaftliche Bezüge, Arbeitslosengeld, Geld von dritten Personen, Treuhänderfonds oder andere Arten von Einkommen? Nein Ja

Falls Ja, füllen Sie bitte das folgende aus: **Einkommensnachweis für minderjährige(s) Kind(er)**.

Name des Haushaltmitglieds	Art des sonstigen Einkommens	Betrag	Wie oft bezogen

9. Unterschrift

Dieser Antrag muss unterschrieben und mit einem Datum versehen sein, damit er als vollständig angenommen werden kann.

<p>Ich bestätige in Kenntnis der Strafbarkeit einer falschen eidesstattlichen Versicherung, dass die von mir gemachten Angaben korrekt sind und mit bestem Wissen und Gewissen angegeben wurden.</p>	<p>Mit meiner Unterschrift auf diesem Antrag bestätige ich, die oben aufgeführten Bedingungen gelesen und verstanden zu haben. Die Unterschrift bemächtigt auch Arbeitgeber, medizinische Einrichtungen, Finanzinstitute, Versicherungen und andere Personen oder Einrichtungen, die über Kenntnisse meines Zustands verfügen, diese an die Sozial- und Rehabilitationsdienste des Staates Kansas weiterzugeben, dies beinhaltet auch vertrauliche Informationen, welche benötigt werden, um meinen Anspruch zu beurteilen. Sämtliche in diesem Antrag gemachten Angaben sind durch Bundes- und Landesgesetze auf ihre Vertraulichkeit hin geschützt. Eine Kopie dieser Autorisation ist genauso gültig wie das Original.</p>
<p>_____ Unterschrift des Antragsstellers</p>	<p>_____ Datum</p>
<p>_____ Unterschrift des Ehegatten oder eines anderen Erwachsenen</p>	<p>_____ Datum</p>

5. Angaben über nicht mehr im Haus lebende Eltern

Bitte geben Sie den Namen jedes Kindes an und füllen Sie die Informationen in den unten aufgeführten Tabellen für jedes abwesende Elternteil aus, soweit bekannt. Falls Sie mehr Platz benötigen, nehmen Sie ein weiteres Blatt Papier. Falls es irgendwelche bestehenden Unterstützungsanweisungen gibt, so braucht das CSE Kopien von jeder einzelnen.

Name des Kindes:				
Name des abwesenden Elternteils:	Abwesende Mutter:	Abwesender Vater:	Abwesende Mutter:	Abwesender Vater:
Anschrift:				
SSN:				
Geburtsdatum:				
Grund der Abwesenheit:				
Werden Sie CSE bei der Erstellung/Durchsetzung von Bescheiden für jedes Kind helfen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein – Tragen Sie unten ein, warum nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein – Tragen Sie unten ein, warum nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein – Tragen Sie unten ein, warum nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein – Tragen Sie unten ein, warum nicht

Falls Sie die letzte Frage mit Nein beantwortet haben, teilen Sie uns hier mit, warum: _____

Um geldliche Unterstützung zu erhalten, müssen Sie mit der Abteilung für die Durchsetzung von Unterstützung für Kinder zusammen arbeiten. Falls dies Sie oder das/die Kind/er in Gefahr bringen sollte, oder falls Sie andere gute Gründe für keine Kooperation haben, so teilen Sie uns diese bitte mit.

6. Angaben über Ressourcen

Wir müssen über die vorhandenen Ressourcen informiert werden, damit wir über die Zuteilung von Geldmitteln entscheiden können. Hat/Haben das/die Kind/er einen Treuhänderfonds? Nein Ja

Falls Ja, melden wir uns bei Ihnen für weitere Informationen.

Hat/Haben das/die Kind/er in Ihrem Haushalt eigene oder auf seinen/ihrem Namen eingetragene Ressourcen? Zum Beispiel: Bargeld, Girokonto, Sparkonto, Kreditkonto, Wertpapiere, Aktien, Bundesanleihen, Rentenkonto (IRA), Land oder sonstige Ressourcen? Nein Ja

Falls Ja, bitte beantworten Sie das folgende:

Art der Ressource	Name/n auf der/den Ressource/n	Wo wird diese Ressource aufbewahrt? (Name der Bank, Kreditanstalt oder Firma)	Betrag oder Wert

3. Teilen Sie uns mit, wie wir mit Ihnen in Verbindung treten sollen

Wir bieten Dolmetscher- und Übersetzungsdienste. Bitte füllen Sie diesen Abschnitt aus, damit wir auf Ihre Bedürfnisse eingehen können. Zieht es jemand in Ihrem Haushalt vor, eine andere Sprache als Englisch zu sprechen und zu schreiben? Nein Ja

Falls Ja, schreiben Sie den Namen der gesprochenen und/oder der geschriebenen Sprache, die bevorzugt wird, unten auf. Bitte führen Sie auch andere Arten der benötigten Kommunikationsanforderungen auf, wie Blindenschrift, Relais, Zeichensprache Englisch, TDD, TTY, Großschrift, Sprachsynthesizer Programm, etc.

Name	Gesprochene Sprache	Geschriebene Sprache	Andere Anforderungen

4. Angaben über Schüler in Ihrem Haus

Es gelten besondere Regeln für Schüler. Füllen Sie diese Angaben aus, damit helfen Sie uns zu bestimmen, ob diese Regeln für Ihren Haushalt angewandt werden müssen.

Ist jemand in Ihrem Haushalt ein Schüler an einer Realschule/Gymnasium, Universität oder einer Berufs-/Fachoberschule? Nein Ja

Falls Ja, bitte folgendes ausfüllen:

Name des Schülers	Klasse	Name der Schule	Vollzeit – FT oder Teilzeit – PT?

